

В.В. Огоренко, С.И. Павленко

# **ТРАНСФОРМАЦИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» ДООС, г. Днепропетровск

## **Ключевые слова:**

опухоли головного мозга, непсихотические психические расстройства, астенические состояния, депрессивные симптомы, тревожные состояния, соматоформные, диссоциативные симптомокомплексы, динамика психопатологических состояний.

Клиническая манифестация психическими расстройствами является причиной поздней диагностики первичных опухолей головного мозга, что оказывает негативное влияние на результаты специализированного лечения, продолжительность жизни и возможности ресоциализации пациентов в дальнейшем. Целью исследования было изучение особенностей динамики клинических проявлений невротических нарушений у больных с различными вариантами опухолей головного мозга с психопатологическим вариантом клинической манифестации. Исследование проводилось с помощью следующих методов: клинического психиатрического, опросника выраженности Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R и методов математической статистики. Выборку составили 188 больных с непсихотическим уровнем психических нарушений как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга. Проанализированы особенности динамики астенических тревожных и депрессивных состояний в структуре невротических расстройств, которые сопровождали формирование новообразований головного мозга. Были уточнены дифференциально-диагностические критерии ранней диагностики.

Формирование опухолей головного мозга (ОГМ) в большинстве случаев сопровождается изменениями психического состояния больных. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии – формирование опухолей, локализуемых в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния, по данным разных авторов, в 40–100% случаев [5–8]. Одной из причин поздней диагностики является не только низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращаются самостоятельно либо направляются на консультацию, но и недостаточная изученность ранних психопатологических проявлений опухолей головного мозга.

**Цель исследования** – изучить особенности динамики клинических проявлений невротических нарушений у больных с различными вариантами опухолей головного мозга, манифестировавших психическими расстройствами, на различных этапах диагностического процесса.

## **Материалы и методы исследования**

Обследовано 250 больных с психопатологическим вариантом клинической манифестации первичных опухолей головного мозга. Исследование проводилось на догоспитальном и госпитальном этапах дифференциально-диагностического периода, средняя продолжительность которого в целом по группе составила

7,4 – 7,2 месяцев. У всех вошедших в выборку больных на окончательном этапе диагностики первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли лобной, височной и теменной локализации верифицированы результатами магнитно-резонансной либо эмиссионно-позитронной томографии, а также данными патогистологического исследования операционного материала. При формировании выборки учитывались такие критерии, как отсутствие в преморбиде психических расстройств, сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной системы, нарушений сознания. Использовался метод клинического психиатрического (включавшего клинико-анамнестическое) обследования с изучением объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов. Структурированное интервью содержало стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ–10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования и позволяющие уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течение нескольких лет до возникновения новообразования головного мозга тяжелых стрессовых событий, преморбидные личностные характеристики. В качестве оценочных инструментов использовались стандартизованные диагностические / экспертные шкалы теста-опросника Symptom Check

List-90-Revised-SCL-90-R). Также были использованы методы математической статистики.

## Результаты и их обсуждение

Выборку составили 188 больных с непсихотическим уровнем психических нарушений как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга, в возрасте от 19 до 59 лет, из них 89 мужчин и 99 женщин (средний возраст  $(43,6 \pm 12,5)$  и  $(45,7 \pm 11,7)$  года соответственно). В соответствии с гистологическими данными, у 87 больных диагностированы первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные злокачественные (ЗНО), у 101 – доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. На момент диагностики новообразования мозга невротический регистр психопатологических нарушений сохранился у 175 пациентов в возрасте от 21 до 56 лет, из них 81 мужчина и 94 женщины (средний возраст  $(41,4 \pm 11,5)$  года и  $(44,6 \pm 12,3)$  года соответственно).

Психические нарушения пограничного уровня в периоде клинического дебюта ОГМ явились причиной самостоятельного первичного обращения либо направления врачами-интернистами за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью у 98,4% из числа вошедших в выборку больных. Появление психических нарушений больные связывали с психотравмирующими ситуациями. Отсутствие в клинической картине неврологических нарушений (в частности признаков гипертензионно-дислокационного синдрома), либо их минимальная выраженность, субъективная трактовка больными причин появления психопатологических состояний, особенности клинических проявлений психических нарушений, а также низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов явились причинами сложного и продолжительного диагностического маршрута. На начальном этапе клинических проявлений онкологической патологии головного мозга все пациенты исследованной выборки принимали различные виды психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в амбулаторных условиях; 179 человек (95,2%) из числа обследованных больных госпитализировались в отделения психоневрологического и психиатрического профиля.

Психопатология периода начальных проявлений в изученной выборке была представлена астеническими, неврастеническими и депрессивными компонентами невротических нарушений. 87,8% наблюдений относились к субклиническому уровню. Частотное распределение наблюдений психопатологических компонентов невротических состояний представлено в таблице 1.

При ДНО различной продолжительности четко очерченные астенические состояния, предшествовавшие развитию невротических симптомокомплексов, отмечены во всех наблюдениях (у 101 больного). При ЗНО астенические состояния, как начальные проявления психопатологических нарушений, выявлены у 78 больных (89,6%). В структуре астении при ДНО психалгический компонент отмечен у 18 человек (17,7%), адинамический – у 18 человек (17,7%); у 25 больных в структуре астении отмечен четко представленный

тревожный, у 24 – депрессивный компоненты (23,8% и 24,8% соответственно из числа всех наблюдений астенических состояний в группе ДНО). При ЗНО выявлены иные пропорции анализируемых компонентов астенических нарушений: отсутствовали наблюдения астении с психалгическим компонентом; преобладали адинамический (30,8%) и депрессивный (25,5%) компоненты; наименее представлены состояния с тревожным компонентом (у 15 больных, 19,3%).

Трансформация астенических реакций в неврастенические и депрессивные симптомокомплексы наблюдалась у 179 больных (97,5%). При ДНО неврастенические состояния ( $n=71$ ) с преобладанием диссомний отмечались у 27 человек (38,0% из числа всех наблюдений неврастенических состояний в группе ДНО), с преобладанием вегетативных симптомов – у 24 (33,8%), с преобладанием сенестопатий – у 20 человек (28,8%). При ЗНО в структуре неврастенических нарушений ( $n=35$ ) преобладали диссомнии – у 45,7%, вегетативные симптомы – у 28,6%, сенестопатии – у 25,7% больных (из числа всех наблюдений неврастенических состояний в группе ЗНО).

Невротические состояния с преобладанием депрессивных нарушений выявлены у 82 больных ОГМ: у 30 пациентов ДНО и 52 – ЗНО. При ДНО преобладали субдепрессивные состояния с тоскливым ( $n=13$ , 43,3%) и тревожным ( $n=11$ , 36,7%) компонентами; субдепрессивные нарушения с апатическим компонентом отмечены у 6 человек (20,0% из числа всех наблюдений депрессивных состояний в группе ДНО). При ЗНО субдепрессивные состояния с апатическим компонентом составили 46,1% из числа наблюдений депрессивных расстройств в данной группе; субдепрессивные состояния с тревожным ( $n=16$ ) и тоскливым ( $n=12$ ) компонентами составили соответственно 30,8 и 23,1% из числа всех наблюдений депрессивных состояний в группе ЗНО. Анализируемые субклинические депрессивные на-

**Таблица 1. Частотное распределение психопатологических состояний на начальном этапе диагностического периода опухоли головного мозга в группах больных с ДНО ( $n=101$ ) и ЗНО ( $n=87$ )**

Клинические проявления невротических нарушений	% наблюдений	
	ДНО	ЗНО
<b>Астенические состояния</b>		
Астенические	15,8	24,4
Астенические с психалгическим компонентом	17,8	-
Астенические с адинамическим компонентом	17,8	30,8
Астенические с тревожным компонентом	23,8	19,3
Астенические с депрессивным компонентом	24,8	25,5
<b>Неврастенические состояния</b>		
С преобладанием вегетативных симптомов	33,8	28,6
С преобладанием диссомний	38,0	45,7
С преобладанием сенестопатий	28,2	25,7
<b>Депрессивные состояния</b>		
Субдепрессивные с адинамическим компонентом	20,0	46,1
Субдепрессивные с тревожным компонентом	36,7	30,8
Субдепрессивные с тоскливым компонентом	43,3	23,1

рушения как инициальные проявления у 11 больных ЗНО развились без предшествующих астенических состояний.

Как было отмечено, у 175 больных из числа вошедших в выборку на всем протяжении клинко-диагностического периода сохранился пограничный непсихотический регистр психопатологических нарушений, однако симптомокомплексы и их частотные величины во всех случаях претерпевали динамические изменения, нарастала полиморфность, синдромальная незавершенность и атипичность состояний. На основании преобладающих в клинической картине психопатологических нарушений выделены расстройства астенического, тревожного, депрессивного, соматоформного и диссоциативного спектров. Особенности клинических характеристик и частотное распределение наблюдений психопатологических состояний представлены в таблице 2.

**Таблица 2. Частотное распределение психопатологических состояний на этапе развернутых клинических проявлений опухоли головного мозга в группах больных с ДНО (n=98) и ЗНО (n=83)**

Клинические проявления невротических нарушений	% наблюдений	
	ДНО	ЗНО
<b>Астенические состояния</b>		
Астенические с адинамическим компонентом	26,1	41,4
Астенические с тоскливым компонентом	30,8	19,8
Астенические с депрессивным компонентом	43,1	38,8
<b>Тревожные состояния</b>		
Тревожные с фобическим компонентом	32,5	18,6
Тревожные с ипохондрическим компонентом	38,0	35,7
Тревожные с сенестопатическим компонентом	19,3	45,7
<b>Депрессивные состояния</b>		
Депрессивные с апатическим компонентом	36,2	46,9
Депрессивные с тревожным компонентом	23,7	18,8
Депрессивные с тоскливым компонентом	40,1	34,3
<b>Соматоформные состояния</b>		
Соматоформные с психалгическим компонентом	43,2	38,9
Соматоформные с диссомническим компонентом	56,8	61,1
<b>Диссоциативные состояния</b>		
Диссоциативные с дисфорическим компонентом	31,5	48,9
Диссоциативные с сенестопатиями	38,8	24,2
Диссоциативные с деперсонализационно-дерезализационным компонентом	29,7	26,9

Как следует из приведенных данных, в период развернутых клинических проявлений у больных ОГМ в структуре астении отмечено достоверное ( $p<0,05$ ) увеличение адинамического компонента при ДНО и ЗНО (26,1 и 41,4% соответственно от числа всех наблюдений астенических состояний). У больных ДНО изменились пропорции депрессивного и тоскливого компонентов в астенических состояниях (43,1 и 30,8% соответственно), отсутствовали наблюдения астении с психалгическим компонентом. При ЗНО отмечено увеличение депрессивного компонента (38,8%); наименее представлены состояния с тревожным компонентом (19,8%).

В структуре тревожных состояний при ДНО преобладал ипохондрический компонент (38,0%), на втором месте по частоте отмечены тревожные состояния с фобическим компонентом (32,5%); сенестопатические расстройства составили 19,3% наблюдений. При ЗНО отмечен низкий удельный вес тревожных состояний с фобическим компонентом (18,6%); преобладали сенестопатический и ипохондрический компоненты (45,75 и 35,75% соответственно).

Депрессивные расстройства при ДНО представлены состояниями с тоскливым (40,1%), тревожным (27,3%) и апатическим (36,2%) компонентами. Таким образом, в отличие от инициальных проявлений психопатологических нарушений, отмечен сдвиг в сторону увеличения числа тоскливых и появления апатических компонентов в структуре депрессивных состояний. В структуре депрессивных состояний при ЗНО преобладал апатический компонент (46,9%), на втором месте по частоте отмечены состояния с тоскливым компонентом (34,3%); наименее выражен тревожный компонент депрессивных состояний (18,8% наблюдений).

В период развернутых клинических проявлений у больных ОГМ в структуре психопатологических нарушений выделены соматоформные и диссоциативные симптомокомплексы, также отличавшиеся синдромальной незавершенностью и атипичностью. В структуре соматоформных расстройств выделены состояния с психалгическим и диссомническим компонентами (43,25 и 56,8% при ДНО; 38,95 и 61,1% при ЗНО). Диссоциативные расстройства преимущественно были представлены состояниями с дисфорическим, сенестопатическим и деперсонализационно-дерезализационным компонентами. При ДНО в структуре диссоциативных состояний преобладали сенестопатии (38,8% наблюдений), при ЗНО – дисфорические состояния (48,9% наблюдений).

## Выводы

Приведенные данные указывают на значительную динамику психопатологических состояний на протяжении клинко-диагностического периода при различных вариантах опухолей головного мозга, манифестирующих психическими расстройствами. Результаты исследований должны быть использованы для совершенствования диагностики и дифференциальной диагностики онкопатологии головного мозга.

## Список использованной литературы

1. Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашев-Константиновский. – М. – 1973.
2. Гринберг Д. Клиническая неврология / Д. Гринберг, М. Аминофф, Р. Саймон. – М., 2004.
3. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия / Т. А. Доброхотова. – М., 2006.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М., 1973.
5. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 12. – С. 71–74.
6. Слезкина Л. А. Клинические особенности опухолей головного мозга / Л. А. Слезкина, Г. А. Евдокимова, Г. М. Лапина // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, Вып. 1–2. – С. 86–89.
7. Улитин А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге / А. Ю. Улитин, В. Е. Олюшин, И. В. Поляков // Журн. вып. неврохирургии. – 2005. – № 1. – С. 6–12.
8. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma / J. D. Olson [et al.] // J. Neurol. – 2000. – Vol. 54. – P. 1442–1448.

## ТРАНСФОРМАЦІЯ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ ПРОТЯГОМ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В.В. Огоренко, С.І. Павленко

Клінічна маніфестація психічними розладами є чинником пізньої діагностики первинних пухлин головного мозку, що негативно впливає на результати спеціалізованого лікування, тривалість життя та можливості ресоціалізації пацієнтів у майбутньому. Метою дослідження було вивчити особливості динаміки клінічних проявів невротичних порушень у хворих на різні варіанти пухлин головного мозку з психопатологічним варіантом клінічної маніфестації. Дослідження проводилось за допомогою наступних методів: клінічного психіатричного, опитувальника Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R та методів математичної статистики. Вибірку склали 188 хворих з неспсихотичним рівнем психічних порушень як ранніх клінічних проявів пухлин головного мозку. Проаналізовано особливості динаміки астенічних, тривожних та депресивних станів у структурі невротичних розладів, що супроводжували формування новоутворень головного мозку. Було уточнено диференційно-діагностичні критерії ранньої діагностики.

**Ключові слова:** пухлини головного мозку, неспсихотичні психічні розлади, астенічні стани, депресивні симптоми, тривожні стани, соматоформні, дисоціативні симптомокомплекси, динаміка психопатологічних станів.

## TRANSFORMATION PSYCHOPATHOLOGICAL STATES OF NON-PSYCHOTIC LEVEL DURING CLINICAL AND DIAGNOSTIC PERIOD AT ONCOPATHOLOGY OF THE BRAIN

V. Ogorenko, S. Pavlenko

The clinical manifestation of mental illness is the cause of late diagnosis of primary brain tumors, which has a negative impact on the results of specialized treatment, life expectancy and the possibility of resocialization of patients in the future. The aim of the study was to explore the dynamics of clinical manifestations of neurotic disorders in patients with different brain tumors with clinical manifestation of psychopathological option. The study was conducted using the following methods: clinical psychiatric, severity questionnaire Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R and methods of mathematical statistics. The sample included 188 patients with non-psychotic level of mental disorders as early clinical manifestations of brain tumors. The features of the dynamics of asthenic, anxiety and depression in the structure of neurotic disorders that accompanied the formation of tumors in the brain. Refined differential diagnostic criteria for early diagnosis.

**Key words:** brain tumor, non-psychotic mental disorders, asthenic conditions, depressive symptoms, anxiety, somatoform, dissociative symptom, the dynamics of psychopathological conditions.

УДК 616.89-07-08 (075.9)

Г.М. Вербенко

## ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ЗАХВОРЮВАННЯ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків  
vverbenko@mail.ru

**Актуальність.** Афективні розлади є провідними серед причин інвалідизації і втрати працездатності у працездатного населення.

**Метою дослідження** було вивчення особливостей клінічної симптоматики на різних стадіях перебігу БАР.

**Методи і матеріали.** Після отримання інформованої згоди було відібрано 120 пацієнтів з БАР, які були поділені на три групи: 40 пацієнтів (33,3%) з переважанням депресивних симптомів (F 31.3–5, F 31.6), 30 пацієнтів (25,0%) з переважанням маніакальних симптомів (F31.0–2, F 31.6), 50 пацієнтів (41,7%) в еутимному періоді (F 31.7)).

**Результати.** Пацієнти з БАР мали приблизно рівний статевий розподіл, найбільша питома частка хвороби була у віковій категорії 31–45 років (відповідно БАР-Д – 45,0%, БАР-М – 43,3%, БАР-Е – 40,0%) із середнім віком у вибірці (45,7±9,7) років. Освітній рівень пацієнтів склав (13,2±2,8) років, без істотної різниці в окремих групах. Близько половини хворих проживали в сім'ї (48,3%), без достовірної різниці за сімейним станом у клінічних групах. Більшість пацієнтів оцінили психологічний клімат у своїй родині як сприятливий. Переважна більшість були працюючими; в групі БАР-М їх кількість була найменшою. Звернення за допомогою у групі БАР-М було найранішим, а з приводу депресії пацієнти зверталися із запізненням, що ускладнювало вихід у ремісію. Кількість пацієнтів із психотичними симптомами в анамнезі достовірно переважала також у групі БАР-М. Недостатнім був прийом тимостабілізаторів у всіх групах (найменше в БАР-Д), причому більше третини пацієнтів з БАР взагалі не отримували тимостабілізаторів, що є відхиленням від міжнародних стандартів терапії і призводить до рецидивів.

**Висновки.** Основні клінічні характеристики на різних стадіях перебігу БАР залежать від актуальної фази захворювання, а анамнестичні характеристики достовірно не відрізняються. Загальним недоліком є низький показник прийому тимостабілізаторів, що є відхиленням від міжнародних стандартів терапії і основою для рецидивів захворювання

### Ключові слова:

біполярний афективний розлад, епізод, маніфестація, перебіг, терапевтична відповідь.

**Актуальність** проблеми вивчення питань діагностики афективних розладів підкреслює те, що понад 15 млн осіб щорічно втрачають працездатність внаслідок насамперед депресії, що виводить афективні розлади на провідні позиції серед причин інвалідизації та втрати працездатності [4,

13]. Ця проблема не втрачає актуальності і в Україні: рівень захворюваності на БАР в період з 2000 по 2009 роки коливався в межах 10,1–10,3 на 100 тис. населення, причому за десятиріччя кількість неспсихотичних афективних розладів зросла на 58,4%, а психотичних – зменшилась на 65,5% [2].